GROUPE BENETEAU
DIVISION BATEAU

SPBI BENETEAU
SPBI BJ Technologie
SPBI JEANNEAU

Livret de l'assuré

Régime Frais de Santé
Personnel Non Cadre
ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN AGIRC du 14 mars 1947

Souscrit auprès d'AG2R LA MONDIALE

Edition Décembre 2014

Cogévie

Pour nous contacter :

Tél. 02 72 00 56 22
Fax. 02 72 00 56 24

Mail contact.sante@cogevie.fr

Adresse postale :
Cogévie Santé
BP 20404
44004 NANTES Cedex 1

www.cogevie.fr

Cogévie soutient l'association

le rire médecin
S'AMUSER À L'HÔPITAL, C'EST DRÔLEMENT IMPORTANT !
www.leriremedecin.org

Objet

Ce livret a pour but de :

- vous informer sur les termes du contrat frais de santé collectif à **adhésion obligatoire** souscrit par votre employeur,
- vous présenter les modalités pratiques d'utilisation de vos garanties.

Bénéficiaires

- **vous** en tant que salarié**,**

- **votre conjoint**, non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale. Est assimilé au conjoint, **le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité** ou, à défaut, le **concubin**, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale.
- **vos enfants** et ceux de votre conjoint/partenaire lié par un PACS/concubin :
  - → jusqu'à leur **20ème anniversaire**, s'ils sont à charge au sens de la Sécurité sociale,
  - → jusqu'à leur **26ème anniversaire**, et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
    - être affiliés au régime de la Sécurité sociale des Etudiants,
    - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
    - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à Pôle Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
  - → **quel que soit leur âge**, s'ils perçoivent l'une des allocations pour adultes handicapés, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

- **vos ascendants** et ceux de votre conjoint/partenaire lié par un PACS/concubin, à charge au sens de la Sécurité sociale.

Modification de votre situation personnelle

Toute modification de votre situation personnelle doit être signalée à Cogévie.
Un bulletin de « **modification de situation** » est disponible auprès de votre service des ressources humaines qui se chargera de le transmettre à Cogévie.

Pièces à fournir :

Enfants de + 16 ans ayant leur propre n°de Sécurité sociale	A chaque rentrée scolaire, justificatif de l'année en cours (ex : copie du certificat de scolarité ou du contrat d'apprentissage).
Naissance	Extrait d'acte de naissance de votre enfant & copie de l'attestation vitale où figure votre enfant.
Partenaire lié par un PACS	Attestation de moins de 3 mois établissant l'engagement dans les liens d'un PACS délivré par le Greffe du Tribunal d'Instance
Concubin	Justificatif de concubinage
Changement d'adresse	Copie des attestations vitales de Sécurité Sociale établies à votre nouvelle adresse, dès que possible.
Nouveau compte bancaire	Nouveau RIB, dès que possible.

cogevie.fr
Vous pouvez, également, signaler toute modification de votre situation personnelle sur votre espace assuré, rubrique "*mes coordonnées*".

Généralités de votre contrat Frais de Santé

Contrat Responsable

Le contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats complémentaires de santé, dits « contrats responsables », conformément à l'article L 871.1 du code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application.

En conséquence, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre et notamment dans celui du respect du parcours de soins coordonné institué par l'Assurance Maladie. Les garanties de votre contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

Limites des garanties

L'assureur rembourse, en fonction des montants et limites décrits dans le tableau ci-après, les frais engagés par vous-même et vos bénéficiaires, s'ils font l'objet d'une prescription médicale.

L'assureur ne prend pas en charge les frais qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale ou qui ont fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale, sauf mention contraire notée dans le tableau ci-après.

Prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de deux ans à compter de la date des soins figurant sur le relevé de la sécurité sociale (articles L 114.1 et L 114.2 du Code des assurances).

Recours Subrogatoire

Les prestations ont un caractère indemnitaire. L'assureur peut exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes qu'il a engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

Début et Fin des Garanties

Début des garanties

Vous bénéficiez des garanties Santé :

- dès la date d'effet du contrat frais de santé collectif conclu par votre employeur,
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée.

Les membres de votre famille bénéficient de la garantie au plus tôt à la date d'effet du contrat, ou à la date à laquelle ils répondent à la définition des bénéficiaires.

Suspension des garanties

Vous ne bénéficiez plus, ainsi que les membres de votre famille, des garanties lorsque votre contrat de travail est suspendu, pour toute autre cause que les congés annuels payés, une maladie, un accident, un congé de maternité ou paternité.

Dans le cadre de congés pendant lesquels votre contrat de travail est suspendu, il convient de vous rapprocher de votre service des ressources humaines.

Cessation des garanties

Vous cessez, ainsi que les membres de votre famille, de bénéficier des garanties Santé dès :

- que vous sortez de la catégorie de personnel à assurer,
- la date de rupture de votre contrat de travail,
- l'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf si vous bénéficiez du dispositif cumul emploi-retraite (ou pension pour inaptitude au travail),
- la résiliation de ce contrat.

En cas de départ de la société (retraite, licenciement rupture conventionnelle, fin de CDD,…). Il convient de prendre contact avec votre service des ressources humaines.

Portabilité des droits (Article L91—8 du Code de la SS) – En cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage, vous bénéficiez, sous certaines conditions, du maintien temporaire des garanties du contrat d'assurance de l'entreprise.

Descriptif des Garanties dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés

Les prestations sont exprimées y compris les remboursements de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels.

NATURE DES REMBOURSEMENTS	Régime de Base	Régime Supérieur	
		Garanties en complément du régime de Base	Total : Régime de Base + Régime Supérieur
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
- Frais de Séjour	170% BR	230% BR	400% BR
- Forfait hospitalier engagé	100% du forfait en vigueur	--	100% du forfait en vigueur
- Actes de chirurgie (ADC)	170% BR	230% BR	400% BR
- Actes d'anesthésie (ADA)	170% BR	230% BR	400% BR
- Autres honoraires	170% BR	230% BR	400% BR
- Chambre particulière	2% PMSS/jour	1% PMSS/jour	3% PMSS/jour
- Frais d'accompagnement *(enfant de – 12 ans & ascendant)*	2% PMSS/jour	1% PMSS/jour	3% PMSS/jour
Transport remboursé SS	100% BR	--	100% BR
Actes Médicaux			
- Généralistes *(consultations et visites)*	150% BR	50% BR	200% BR
- Spécialistes *(consultations et visites)*	150% BR	50% BR	200% BR
- Actes techniques médicaux (ATM)	150% BR	50% BR	200% BR
- Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE)	150% BR	50% BR	200% BR
- Auxiliaires médicaux	150% BR	50% BR	200% BR
- Analyses	150% BR	50% BR	200% BR
Pharmacie y compris Tiers Payant			
- Pharmacie remboursée SS	100% BR	--	100% BR
- Vaccins prescrits non remboursés SS	100% FR	--	100% FR
Dentaire			
- Soins courants *(hors inlays onlays)*	100% BR	--	100% BR
- Inlays-onlays pris en charge SS	250% BR	80% BR	330% BR
- Prothèses dentaires remboursées SS	250% BR	80% BR	330% BR
- Orthodontie remboursée SS	250% BR	100% BR	350% BR
- Prothèses dentaires non remboursées SS *y compris implant ou orthodontie refusée*	Néant	550 €/an/bénéficiaire	550 €/an/bénéficiaire
- Parodontologie	Néant	1 000 €/an/bénéficiaire	1 000 €/an/bénéficiaire
Prothèses non dentaires acceptées SS			
- Capillaires remboursées SS	400 €/an/bénéficiaire	2% PMSS	2% PMSS + 400 €/an
- Mammaires remboursées SS	65% BR + 5% PMSS	2% PMSS	65% BR + 7% PMSS
- Auditives remboursées SS	65% BR + 15% PMSS	15% PMSS	65% BR + 30% PMSS
- Orthopédie	100% BR + 200 €/an	50% BR	150% BR + 200 €/an
- Médicale	150% BR	50% BR	200% BR
Optique			
- Monture (report sur forfait verres (2))	65% BR + 4.5% PMSS	--	65% BR + 4.5% PMSS
- Verres (1) **remboursement limité à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes sauf si changement de dioptrie**	65% BR + grille optique	grille optique	65% BR + grille optique
- Lentilles prises en charge SS	65% BR + 5% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire	65% + 7% PMSS/an/bénéficiaire
- Lentilles non prises en charge SS *y compris jetable*	5% PMSS/an/bénéficiaire	2% PMSS/an/bénéficiaire	7% PMSS/an/bénéficiaire
- Chirurgie optique	15% PMSS/œil	5% PMSS/œil	20% PMSS/œil

Grille optique garantie par verre (1)	Puissances	Cylindre	Simple Foyer	Progressif	Simple Foyer	Progressif	Simple Foyer	Progressif
Classe 1	0 à 4	< ou = 2	36 €	94 €	15 €	47 €	51 €	141 €
Classe 2	0 à 4	>2	69 €	151 €	30 €	76 €	99 €	227 €
	4.25 à 6	< ou = 2						
Classe 3	4.25 à 6	>2	88 €	171 €	44 €	85 €	132 €	256 €
	6.25 à 8	< ou = 2						
Classe 4	6.25 à 8	>2	183 €	195 €	92 €	98 €	275 €	293 €
	>8	Tous						
Classe 1	Verre de proximité		43 €		22 €		65 €	

(1) **Valeur 2015 – Les forfaits seront indexés chaque année sur la base PMSS**

(2) **En cas de non utilisation complète, le forfait monture restant est réaffecté aux dépenses sur les verres**

NATURE DES REMBOURSEMENTS	Régime de Base	Régime Supérieur	
		Garanties en complément du régime de Base	Total : Régime de Base + Régime Supérieur
Cures Thermales acceptées SS - Honoraires et traitements ..... - Hébergement et transport.....	65% BR + 13% PMSS	2% PMSS	65% BR + 15% PMSS
Maternité & Adoption - Chambre particulière ..... - Forfait par enfant	2% PMSS/jour 13% PMSS/enfant	1% PMSS/jour 7% PMSS/enfant	3% PMSS/jour 20% PMSS/enfant
Actes hors nomenclature - Ostéopathie ..... - Dépistage de l'ostéoporose ..... - Sevrage tabagique (3)..... - Pilule, anneaux et patchs contraceptifs ..... - Diététicien *(enfant de – 12 ans)*	45 €/séance **maxi 2/an/bénéficiaire** 75 €/an/bénéficiaire 50 €/an/bénéficiaire 50 €/an/bénéficiaire 30 €/an/bénéficiaire	-- -- -- -- --	45 €/séance **maxi 2/an/bénéficiaire** 75 €/an/bénéficiaire 50 €/an/bénéficiaire 50 €/an/bénéficiaire 30 €/an/bénéficiaire
Actes de Prévention Actes de prévention pris en charge dans le cadre du contrat responsable - Détartrage annuel complet sus et sous-gingival *effectué en 2 séances maximum* - Vaccination de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite ..... *seules ou combinées et ce quel que soit l'âge*	100% BR 100% BR	-- --	100% BR 100% BR

(3) Sevrage Tabagique : prise en charge des substituts nicotiniques, sur prescription médicale. Après intervention du Régime obligatoire

Pour l'application des garanties mentionnées ; seules font foi les conditions générales et particulières du contrat souscrit par l'entreprise.

LEXIQUE

SS = Sécurité sociale

FR = Frais Réels (Dépenses engagées par vous-même et les membres de votre famille).

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2015 : 3 170 €).

▪ Exclusions

Sauf indication contraire aux conditions particulières, ne donnent pas lieu à remboursement, les frais de soins :

- **Engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci,**
- **Déclarés après un délai de 2 ans suivant la date de soins pratiqués,**
- **Engagés hors de France, si la caisse de Sécurité sociale n'intervient pas,**
- **Non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale ou ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Communes des Actes médicaux,**
- **Au titre de la législation sur les pensions militaires,**
- **Au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,**
- **Qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,**
- **Au titre de la parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éduction à l'hygiène buccale.**

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par la Sécurité sociale.

Ces exclusions et limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charges minimales prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

▪ Changement d'option

Le choix du régime se fait lors de la mise en place du contrat ou lors de l'embauche d'un nouveau salarié.
Le régime retenu est applicable à l'ensemble des membres de la famille inscrits.

Le **passage de l'un à l'autre régime** est possible :

- en **cas de modification de votre situation de famille** (mariage ou divorce, conclusion ou dissolution d'un PACS, début ou fin d'un concubinage,…).
- **en cas de modification de la situation professionnelle de votre conjoint** ou partenaire de PACS ou concubin.

L'affiliation au nouveau régime choisi prend effet le 1er jour du trimestre civil suivant la modification de la situation.

Le passage du régime de base vers le régime supérieur, sans motif particulier, est possible **après un 2 d'ancienneté**, le 1er janvier de chaque année.

L'affiliation au régime supérieur est renouvelable chaque 1er janvier par tacite reconduction, sauf demande de radiation formulée par écrit au plus tard deux mois avant cette date sous réserve d'avoir été affilié 2 ans au régime supérieur (vous êtes alors affilié au régime de base).

Cette modification est irrévocable, sauf à justifier d'une nouvelle modification de votre situation familiale, ou modification de la situation professionnelle de votre conjoint, comme indiqué ci-dessus..

Vos Remboursements

Procédure standard

Les remboursements s'effectuent de manière automatique par une liaison informatique entre la Sécurité sociale et COGEVIE : la **télétransmission**. Pour activer cette procédure, il vous suffit d'adresser préalablement à Cogévie, la copie de votre attestation « vitale » délivrée par la Sécurité sociale ainsi que de celles de vos bénéficiaires.

Vous serez avertis du bon fonctionnement de la télétransmission si le message suivant « décompte transmis directement à votre organisme complémentaire » apparaît sur vos décomptes de Sécurité sociale.

Vous pouvez obtenir votre attestation de Sécurité sociale via le site Internet de la Sécurité sociale : www.ameli.fr

Si aucun message ne figure sur votre décompte Sécurité sociale, il convient d'adresser à Cogévie l'original du décompte de Sécurité sociale en question et les justificatifs des frais réellement engagés.

Procédure particulière

Certains actes médicaux, si ceux-ci sont prévus au contrat, nécessitent l'envoi de pièces complémentaires pour être remboursés. Vous devez dans ce cas, fournir à Cogévie, les justificatifs suivants :

- **Hospitalisation médicale ou chirurgicale**
  Facture originale acquittée de l'établissement (bordereau AMC en clinique) mentionnant les dépassements d'honoraires éventuels.

- **Frais d'optique**
  Lunettes et lentilles : facture originale détaillée et acquittée + prescription médicale (trois ans pour les lunettes, un an pour les lentilles).

- **Frais de prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassements d'honoraires**
  Facture originale détaillée et acquittée (avec la codification des actes et le numéro des dents).

- **Maternité**
  Extrait d'acte de naissance.

- **Cures**
  Facture originale détaillée acquittée de l'établissement thermal (accompagnée des frais d'hébergement et de transport, si remboursements prévus au contrat).

- **Autres actes** (soins courants*, pharmacie, ostéopathie**) :
  Facture originale détaillée et acquittée.

* dans le cas où vous avez réglé la partie complémentaire
** la facture devra préciser la mention D.O (Diplômé d'Ostéopathie) ou le n° ADELI comportant le code profession « 00 »

Pour les soins à l'étranger, pensez à adresser à Cogévie, une copie de toutes les factures.

Votre carte de Tiers payant

Le Tiers Payant vous **dispense d'avancer les frais** auprès des Professionnels de Santé :
Pharmaciens, Hôpitaux, Cliniques, Centres de soins, Laboratoires d'analyses, Radiologie, Opticiens et Dentistes agréés.
Toutefois, cette dispense d'avance des frais est limitée aux garanties prévues au contrat et selon les accords signés avec les professionnels de santé.

En cas de non présentation de ma carte de Tiers payant, que dois-je faire ?
Votre professionnel de santé doit vous délivrer une facture acquittée à adresser directement, pour remboursement, à Cogévie.

cogevie.fr
Vous pouvez faire votre demande de carte de Tiers Payant sur votre espace assuré, rubrique « *mes demandes* ».

Vos prises en charge & devis

En cas d'hospitalisation que dois-je faire ?
Quelques jours avant votre hospitalisation, vous pouvez faire une demande de prise en charge hospitalière directement depuis votre espace personnel. Cliquez sur le menu « *prise en charge* » et renseignez le document.
Vous pouvez également demander une prise en charge auprès de Cogévie (par téléphone, courrier, fax). Les informations suivantes vous seront demandées :

- Le nom et prénom du bénéficiaire,
- Son numéro de Sécurité sociale,
- Le nom et l'adresse de l'établissement de soins,
- Le service (médecine, chirurgie...),
- La date d'entrée,
- Si vous souhaitez bénéficier d'une chambre particulière (si prévu au contrat).

En cas d'urgence, la prise en charge sera délivrée immédiatement sur simple demande de votre part ou de l'un de vos proches. Certains établissements de soins s'en chargent directement.
L'accord de prise en charge n'est délivré qu'en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures et au sein d'un établissement conventionné (dans la limite des garanties du contrat et hors frais annexes - téléphone, télévision, wi-fi…).

Quelles démarches dois-je réaliser en cas de changement de mon équipement optique ou de soins dentaires importants ?

- Envoyez à Cogévie par mail ou par courrier vos devis optiques et dentaires,
- Cogévie vous fera parvenir une estimation de votre remboursement.

Pour les prises en charge optique et dentaire, le professionnel de santé, conventionné CARTE BLANCHE, se charge des démarches.

Retrouvez l'ensemble de vos démarches sur le site Internet : cogevie.fr

Le réseau de soins Carte Blanche

La garantie de tarifs préférentiels
Cogévie met à votre disposition un réseau de soins : CARTE BLANCHE
Il compte plus de 16 000 professionnels de santé référencés (opticiens, dentistes et audioprothésistes).

Ces professionnels de santé s'engagent sur :

- tarifs négociés,
- des critères de qualité de prestations et de services,
- la dispense de l'avance des frais.

Depuis cogevie.fr, vous pouvez :

- **Identifier le professionnel le plus proche de chez vous grâce à l'outil de géolocalisation,**
- **Accéder à des services de prévention : information santé, conseils et guides de santé.**

Votre espace assuré

Comment y accéder ?
Connectez-vous à votre espace assuré à partir du site cogevie.fr
Entrez **votre identifiant et votre mot de passe** communiqués sur votre carte de Tiers payant, ou sur vos décomptes.

Quels sont mes services en ligne ?
De nombreux services sont disponibles en ligne 24h/24h sur votre espace sécurisé.
Vous pouvez :

- Consulter vos remboursements :
  - Consulter vos décomptes et vos demandes de remboursement en attente de justificatifs,
  - Demander l'envoi de vos décomptes par email après chaque virement
- Effectuer vos demandes de :
  - Carte de Tiers payant,
  - Certificat d'affiliation,
  - Changement de coordonnées,
  - Changement de RIB.
- Réaliser vos demandes de prise en charge & devis :
  - Hospitalières,
  - Dentaires,
  - Optiques,
  - Audioprothétiques.
- Accéder à la géolocalisation des 16 000 professionnels de santé du réseau Carte Blanche : opticiens, dentistes, audioprothésistes.
- Poser vos questions à notre équipe.

Pensez à l'environnement, optez pour l'envoi des décomptes par e-mail. Vous êtes ainsi informé en temps réel de vos remboursements (consultables pendant trois ans sur votre espace assuré).

Réclamation & Médiation

En cas de réclamation, vous pouvez adresser à Cogévie un courrier à l'adresse suivante :
Cogévie Santé – Traitement des réclamations, BP 20404, 44004 Nantes Cedex 1 ou par courriel à contact.sante@cogevie.fr. Si un désaccord subsiste, vous avez la possibilité de saisir le médiateur.

Informatique & Liberté
Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toute information auprès de COGEVIE à l'adresse de correspondance indiquée sur la 1ère page de ce livret.

Cogévie
Société de courtage d'assurances - SNC au Capital de 100 000 € - RCS NANTES 534 890 025 0016
N°ORIAS : 12064619 - Site web ORIAS : www.orias.fr
Sous le contrôle de l'ACPR – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
61 Rue Taitbout – 75432 PARIS Cedex 09
Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances